

Medikalisierung – eine Lösung zum Wohl der betroffenen Frauen, ein Zwischenschritt zur Abschaffung oder ein Schritt zur Legitimisierung?

Bittner, Melanie

2005

<https://doi.org/10.25595/4493>

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bittner, Melanie: *Medikalisierung – eine Lösung zum Wohl der betroffenen Frauen, ein Zwischenschritt zur Abschaffung oder ein Schritt zur Legitimisierung?*, in: Bulletin Texte / Zentrum für Transdisziplinäre Geschlechterstudien / Humboldt-Universität zu Berlin (2005) Nr: 28, 106-112. DOI: <https://doi.org/10.25595/4493>.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>

Bücher-Texte 28

Female Genital Cutting Die Schwierigkeit, sich zu positionieren



Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien

Melanie Bittner

Medikalisierung – eine Lösung zum Wohl der betroffenen Frauen, ein Zwischenschritt zur Abschaffung oder ein Schritt zur Legitimisierung?

Mit dem Begriff „Medikalisierung“ wird eine Bandbreite von Modifikationen des Eingriffs der weiblichen „Beschneidung“ bezeichnet, die dazu dienen sollen, die negativen Folgen von FGC¹ zu verringern. Dabei ist wichtig, dass sich der Begriff an einem westlichen Verständnis von (Schul-)Medizin orientiert, der alternative Heilmethoden, auch wenn sie in anderen Kulturen seit langer Zeit erfolgreich angewandt werden, als unwissenschaftlich und nutzlos abwertet. Medikalisierung ist in der Diskussion um FGC ein sehr umstrittener Punkt und die Gegenstimmen sind in der Überzahl. Zu ihnen gehören beispielsweise die Weltgesundheitsorganisation (WHO), Amnesty International, Ärzte ohne Grenzen und das Inter-African Committee, eine afrikanische NGO, die sich für die Verbesserung der Lebenssituation von Frauen und Mädchen engagiert. Ich möchte nach einem Abriss über Formen und Verbreitung von Medikalisierung zeigen, dass es gar nicht so leicht ist, eine Pro- oder Contra-Position eindeutig zu begründen, weil viele der häufig genannten Argumente sehr widersprüchlich sind.

Formen von Medikalisierung

Die Medikalisierung von FGC kann durch viele verschiedene Modifikationen erfolgen und von kleinen bis zu sehr weitgehenden Veränderungen reichen. Als Faktoren zur Beurteilung des Grads an Medikalisierung können sechs Aspekte herangezogen werden:

1. WER FÜHRT DIE „BESCHNEIDUNG“ DURCH?

In vielen Kulturen ist der Beruf der Beschneiderin eine traditionelle, sehr angesehene und gut bezahlte Tätigkeit, die hauptsächlich von Frauen ausgeübt wird. Das Wissen der Frauen wird von Generation zu Generation weitergegeben. Eine Möglichkeit der Medikalisierung ist es, diese Frauen zusätzlich auszubilden, beispielsweise über weibliche Anatomie. Außerdem kann die Operation auch von Geburtshelferinnen, Arzthelferinnen oder Krankenschwestern durchgeführt werden, die eine „moderne“ Ausbildung durchlaufen haben. Der höchste Grad an Medikalisierung wäre die Durchführung der „female circumcision“ durch ÄrztInnen.²

¹ Die Schwierigkeiten, sich zu diesem Thema zu äußern, beginnen bereits bei der Begriffswahl. Ich habe mich entschieden, verschiedene Bezeichnungen zu verwenden, da mich keine Alternative wirklich überzeugt. Ich setze weibliche „Beschneidung“ oder alternativ female „circumcision“ („FC“) in Anführungszeichen, um Praktiken wie Infibulation, die mit männlicher Beschneidung wenig gemeinsam haben, nicht zu verharmlosen. Auch die Bezeichnungen „Verstümmelung“ oder „FGM“ (female genital mutilation) verstehe ich mit Anführungszeichen, da ich sie vor allem (aber nicht nur) Betroffenen gegenüber sehr abwertend finde. Weiterhin verwende ich FGC (female genital cutting) als meiner Meinung nach relativ neutralen Begriff.

² Shell-Duncan, Bettina; Obiero, Walter Obungu; Muruli, Leunita Auko, 2000: Women Without Choices: The Debate Over Medicalization of Female Genital Cutting and Its Impact on a Northern

2. FORMEN DER BESCHNEIDUNG

Obwohl die verschiedenen Arten von FGC nicht direkt mit Medikalisierung zu tun haben müssen, gibt es doch einen Zusammenhang: ÄrztInnen³ oder Krankenschwestern⁴, die sich bereit erklären, weibliche „Beschneidung“ zu praktizieren, geben an, mildere Formen durchzuführen, also beispielsweise keine Infibulation vorzunehmen.

3. WO FINDET SIE STATT?

Was den Ort anbelangt, sind vor allem die hygienischen Bedingungen entscheidend für den Grad an Medikalisierung, also ob die Zeremonie im Freien, in einem privat genutzten Zimmer oder einer Arztpraxis bzw. einem Krankenhaus stattfindet, wo die Umgebung steriler ist. Einen Einfluss auf die Operation könnte hier weiterhin eine günstige Beleuchtung des Orts haben, welche aber wiederum nicht in direktem Zusammenhang mit Medikalisierung stehen muss.

4. WELCHE INSTRUMENTE WERDEN VERWENDET?

Ausschlaggebend ist die Sauberkeit der verwendeten Instrumente. Beschneiderinnen verwenden für die Operation oft Rasierklingen. Eine Möglichkeit ist hier, ihnen zu vermitteln, dass sie für jedes Mädchen unbenutzte, beziehungsweise sterile, Klingen verwenden, um generell das Risiko für Infektionen zu verringern.⁵

5. WELCHE MEDIKAMENTE WERDEN VERWENDET ODER STEHEN ZUR VERFÜGUNG?

Hier können die Verabreichung von Antibiotika und Tetanus-Spritzen das gesundheitliche Risiko deutlich verringern.⁶

6. WIRD EINE FORM VON ANÄSTHESIE ANGEWANDT? WELCHE?

Neben der Verabreichung verschiedener traditioneller Mittel zur Schmerzlinderung kann im Rahmen der Medikalisierung Lokalanästhesie oder Vollnarkose angewandt werden.⁷

Nicht nur der Vorgang der „Beschneidung“ selbst ist jedoch entscheidend für den Grad an Medikalisierung. Ein Aspekt, der in diesem Zusammenhang nicht immer genannt

Kenyan Community. In: Shell-Duncan, Bettina; Hernlund, Ylva (Eds.): Female “Circumcision” in Africa. Culture, Controversy, and Change. Boulder and London: Lynne Rienner Publishers, p. 110.

³ Mandara, Mairo Usman, 2000: Female Genital Cutting in Nigeria: Views of Nigerian Doctors on the Medicalization Debate. In: Shell-Duncan, Bettina; Hernlund, Ylva (Eds.): Female “Circumcision” in Africa. Culture, Controversy, and Change. Boulder and London: Lynne Rienner Publishers, p. 105.

⁴ Orubuloye, I. O.; Caldwell, Pat; Caldwell, John C., 2000: Female “Circumcision” Among the Yoruba of Southwestern Nigeria: The Beginning of Change. In: Shell-Duncan, Bettina; Hernlund, Ylva (Eds.): Female “Circumcision” in Africa. Culture, Controversy, and Change. Boulder and London: Lynne Rienner Publishers, pp. 86-88.

⁵ Als ein Risikofaktor wird auch die erhöhte Ansteckungsgefahr mit HIV angesehen, sowohl während des Eingriffs als auch später. Empirische Studien gibt es dazu jedoch meines Wissens nicht. (vgl. dazu Bauer, Christina; Hulverscheidt, Marion, 2003: Gesundheitliche Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung. In: Terre des Femmes (Hrsg.): Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag, S. 68.

⁶ Shell-Duncan; Obiero; Muruli 2000, p. 110.

⁷ Shell-Duncan; Obiero; Muruli 2000, p. 110.

wird, ist der Zugang zu medizinischer Versorgung bei auftretenden Komplikationen. Dieser Aspekt spielt jedoch eine wichtige Rolle, da er vor allem in (lebens-) gefährlichen Situationen oder bei stark belastenden gesundheitlichen Langzeitfolgen relevant wird.⁸ Das strukturelle Problem mangelnder medizinischer Versorgungsmöglichkeiten stellt sich aber natürlich nicht nur im Zusammenhang mit FGC.

Verbreitung von Medikalisierung

Generell kann man sagen, dass die Medikalisierung von „Beschneidung“ je nach Land unterschiedlich weit verbreitet ist. Dabei wird FGC in der Literatur oft nur dann als „medikalisiert“ verstanden, wenn der Eingriff von medizinischem Fachpersonal, insbesondere ÄrztInnen, durchgeführt wird. Dies ist, wie die oben aufgeführten Möglichkeiten zeigen, ein sehr eingeschränktes Verständnis von Medikalisierung.

Als Länder mit einem hohen Grad an Medikalisierung werden Ägypten, Djibuti und Sudan genannt.⁹ Doch selbst in Ägypten, wo 47,5% der „Beschneidungen“ von ÄrztInnen durchgeführt werden, konzentriert sich diese Medikalisierung auf städtische Regionen. Dafür gibt es verschiedene Gründe. Einer ist die höhere Verfügbarkeit des Zugangs zu ÄrztInnen. Weiterhin erhöht ein städtisches Milieu die Chance, durch Gesundheitsbildungsprojekte über die Gefahren von FGC unterrichtet zu werden und deshalb den Eingriff von ÄrztInnen ausführen zu lassen.¹⁰

Wichtig ist im Rahmen der Medikalisierung auch der finanzielle Aspekt: Wenn die entstehenden Kosten auf privater Ebene gedeckt werden müssen, haben ärmere Frauen weniger Chancen auf Medikalisierung. Es ist davon auszugehen, dass Familien mit höherem sozioökonomischen Status häufiger medizinisches Personal für FGC in Anspruch nehmen.¹¹

Weiterhin finden Diskussionen statt, ob die Gesetzgebung in den jeweiligen Ländern Einfluss auf die Medikalisierung von FGC hat. Dabei ist generell unklar, wie sich die juristische Lage auf die weibliche „Beschneidung“ auswirkt. Grundsätzlich lassen sich drei verschiedene Positionen unterscheiden: dass sich juristische Interventionen gar nicht auf „Beschneidung“ auswirken, dass sie negative Folgen haben, wie beispielsweise die Durchführung des Eingriffs bei immer jüngeren Mädchen¹² oder dass sie zur Abschaffung von FGC beitragen. Daher ist der Einfluss auf Medikalisierungsprozesse schwer zu beurteilen.

⁸ Schnüll, Petra, 2003: Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika. In: *Terre des Femmes* (Hrsg.): *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag, S. 52

⁹ Gunning, Isabelle R., 2000: *Uneasy Alliances and Solid Sisterhood: A Response to Professor Obiora's "Bridges and Barricades"*. In: Wing, Adrien Katharine (Eds.): *Global Critical Race Feminism. An International Reader*. New York, London: New York University Press, p. 280.

¹⁰ El-Gibaly, Oaima; Ibrahim, Barbara; Mensch, Barbara S.; Clark, Wesley H., 2002: *The Decline of Female Circumcision in Egypt: Evidence and Interpretation*. In: *Social Science & Medicine* 54, 2, p. 214f.

¹¹ El-Gibaly; Ibrahim; Mensch; Clark 2002, p. 215.

¹² Schnüll 2003, S. 30.

Argumente Pro Medikalisierung

Im Folgenden möchte ich Argumente nennen, die von den BefürworterInnen von Medikalisierung angeführt werden. Generell gehen diese in die Richtung, dass man durch Medikalisierung am schnellsten und direktesten den betroffenen Frauen helfen könne. So kann Medikalisierung beispielsweise die Schmerzen während des Eingriffs verringern. Dazu ist zu sagen, dass die Anwendung einer Anästhesie nicht in allen Kulturen erwünscht ist. Das Ertragen des Schmerzes wird von einigen Ethnien als wichtiger Bestandteil der Zeremonie angesehen, als Zeichen für eine gewisse Reife, um beispielsweise auf die Rolle als Gebärende vorbereitet zu sein.¹³

Mit der Verminderung der Schmerzen hängt auch zusammen, dass Medikalisierung die Traumatisierung der Frauen und Mädchen verhindern soll. Eine generelle Aussage über die Traumatisierung durch den Eingriff erscheint mir schwierig. Zum einen ist es bereits umstritten, ob „FGM“ diese Wirkung hat. Manche AutorInnen nehmen an, dass der Eingriff „aus psychosomatischer Sicht [...] in höchstem Maße traumatisierend [ist]“¹⁴. Fuambai Ahmadu, eine Anthropologin, die aus Sierra Leone stammt und sich dort selbst innerhalb der Ethnie der Kono beschneiden ließ, stellt diese Position für den Großteil der Kono-Frauen, in Frage.¹⁵

Zum anderen müsste in diesem Zusammenhang auch diskutiert werden, inwiefern auch medizinische Eingriffe in Krankenhäusern eine traumatisierende Wirkung auf Mädchen und junge Frauen haben können.

Weiterhin verringert Medikalisierung gesundheitliche Komplikationen wie Infektionen¹⁶. Hier lohnt sich ein Blick auf verschiedene Formen der Medikalisierung, wie ich sie unter Punkt 2 beschrieben habe. In der 1994 bis 1996 in Nordkenia durchgeführten „Rendille Maternal and Child Demographic and Health Study“ konnte belegt werden, dass bereits präventive Anti-Tetanus-Impfungen und prophylaktische Antibiotika sowie die Anweisung, neue sterile Rasierklingen für den Eingriff zu benutzen, die Kurzzeitfolgen um 70% senken konnten.¹⁷

Oft wird auch angeführt, dass im Rahmen der Medikalisierung nur noch die mildeste Form der „Beschneidung“¹⁸, die Klitoridektomie, angewandt wird. Bei einer Studie in Südwestnigeria wurde beispielsweise beobachtet, dass die Tendenz von Krankenschwestern, die Klitoris nur so „anzuritzen“, dass wenige Tropfen Blut fließen, allgemein akzeptiert wird.¹⁹ Es gibt allerdings Zweifel, ob diese Erfahrung verallgemeinert werden kann. Gerade in Gesellschaften, in denen üblicherweise Infibulation praktiziert

¹³ Shell-Duncan; Obiero; Muruli 2000, p. 117.

¹⁴ Bauer; Hulverscheidt 2003, S. 71.

¹⁵ Ahmadu, Fuambai, 2000: Rites and Wrongs: An Insider/Outsider Reflects on Power and Excision. In: Shell-Duncan, Bettina; Hernlund, Ylva (Eds.): Female "Circumcision" in Africa. Culture, Controversy, and Change. Boulder and London: Lynne Rienner Publishers, p. 305.

¹⁶ Orubuloye; Caldwell; Caldwell 2000, p. 88.

¹⁷ Shell-Duncan; Obiero; Muruli 2000, p. 124.

¹⁸ Andere Autorinnen geben die Sunna-Beschneidung als die mildeste Form von FGC an. Dies hängt aber auch damit zusammen, wie viele verschiedene Formen unterschieden werden. Vgl. Schnüll 2003, S. 27

¹⁹ Orubuloye; Caldwell; Caldwell 2000, p. 90.

wird, stellt diese Modifikation eine große Veränderung dar. Dadurch besteht die Gefahr, dass die traditionelle Form weiterhin außerhalb von Kliniken praktiziert wird.²⁰ Die Anthropologin Anke van der Kwaak hat bei ihrer Studie in Somalia festgestellt, dass Geburtshelferinnen weiterhin Infibulation praktizieren, obwohl sie offiziell nur Sunna-Beschneidungen durchführen. Dies kann entweder an einer Verpflichtung moralischer Art liegen oder dem deutlich höheren Einkommen, das die Infibulation garantiert.²¹

Nigerianische ÄrztInnen, die in einer Studie des Fachbereichs für Geburtshilfe und Gynäkologie des Ahmadu Bello University Teaching Hospital (ABU) in Zaria, Nigeria, über ihre Meinung zu FGC und deren Medikalisierung befragt wurden, stellen außerdem einen Zusammenhang zwischen der „professionellen“ Durchführung des Eingriffs und der medizinischen Versorgung bei Komplikationen her. Die ärztliche Nachbehandlung bei Komplikationen ist ein wichtiges Problem, könnte aber auch unabhängig von der Medikalisierung des Eingriffs selbst gewährleistet werden. Es ist durchaus denkbar, dass traditionelle Beschneiderinnen die Operation ausführen und Ärzte nur dann kontaktiert werden, wenn es nötig ist. Gerade dann müssten aber folgende Voraussetzungen zutreffen: Erstens muss eine medizinische Einrichtung räumlich erreichbar sein, zweitens muss die Versorgung für die Betroffenen bezahlbar oder kostenlos sein und drittens darf die Angst vor Bestrafung nicht so groß sein, dass dieser Schritt nicht gegangen wird.

Argumente Contra Medikalisierung

Das häufigste Argument gegen Medikalisierung ist, dass sie die vollständige Abschaffung der Praktik behindern oder unmöglich machen würde, weil sie die Praktik so sehr legitimisiert, dass sie nicht nur einen Zwischenschritt darstellt, sondern, sind die Risiken erst einmal minimiert, bestehen bleibt. Dahinter steht ein relativ starres Verständnis von kulturellen Praktiken in der Hinsicht, dass ein Ritual, wenn es erst einmal in einer bestimmten Form etabliert ist, sich nicht mehr ändert oder verändert werden kann. Auch die Medikalisierung von FGC wird von vielen Gesellschaften akzeptiert, obwohl sie eine Veränderung der Praktik bedeutet. Eine Untersuchung zu Ägypten zeigt, dass trotz zunehmender Medikalisierung die Beschneidungsrate sinkt. Damit finden zwei unterschiedliche Prozesse, die sich aber offenbar nicht ausschließen, zur gleichen Zeit am gleichen Ort statt: Die Entscheidung, den Eingriff sicherer zu machen und die Entscheidung, den Eingriff gar nicht mehr vornehmen zu lassen.²²

Trotzdem könnte die Spezialisierung von ÄrztInnen und Gesundheitspersonal eine kontraproduktive Wirkung auf die Abschaffung von FGC haben. Für medizinisches Fachpersonal würde ein Rückgang der erwünschten „Beschneidungen“ aus ökonomischer Sicht einen Einkommensverlust bedeuten. Der persönliche Profit könnte also

²⁰ Obiora, Leslye Amede, 2000: Bridges and Barricades: Rethinking Polemics and Intransigence in the Campaign against Female Circumcision. In: Wing, Adrien Katharine (Eds.): Global Critical Race Feminism. An International Reader. New York, London: New York University Press, pp. 270f.

²¹ Kwaak, Anke van der, 1992: Female Circumcision and Gender Identity: A Questionable Alliance? In: Social Science and Medicine 35, 6, pp. 783f.

²² El-Gibaly; Ibrahim; Mensch; Clark 2002, p. 215.

eine Ursache dafür sein, dass sich MedizinerInnen weniger deutlich für die Abschaffung von „FGM“ aussprechen. Dies könnte weitreichende Wirkungen haben, da sie oft viel Einfluss haben.²³

Isabelle Gunning, eine afroamerikanische Rechtswissenschaftlerin, führt als ein Argument gegen die Medikalisierung von FGC auf, dass dies zwar vorteilhaft für die physische Gesundheit von Frauen sein könnte, dass aber dabei die Auswirkungen auf die Sexualität von Frauen völlig außer Acht gelassen werden.

It may well be that whatever likelihood and degree of sexual impairment might occur due to a clinicalized intermediate form of the surgeries would be no worse than the impact of 'trimming' the clitoris or reshaping the genitalia of intersexed people or any number of patriarchally shaped psychological notions of what women should or should not do or feel (and with whom) in bed. All of these raise some issues of sexual impairment even within the culturally defined confines of sexual pleasure. While the 'mere' possibility of sexual impairment might reduce the surgeries to a lower level of priority on the 'feminist agenda,' where African feminists have long thought it belonged (behind, say, physical health issues and economic development), I still think that the preservation of corporal integrity, especially but not exclusively for women, and the promotion of positive psychological notions regarding sexuality are important feminist goals.²⁴

Selbst wenn es umstritten ist, ob „FGM“ grundsätzlich negative Auswirkungen auf das weibliche Lustempfinden hat und beschnittene Frauen auch berichten, dass sie durchaus Orgasmen erleben²⁵, wird dieser sexualwissenschaftliche Punkt in der Medikalisierungsdebatte zu selten genannt. Weibliche Sexualität scheint nicht zu den Prioritäten zu gehören.

Ein weiterer Kritikpunkt an der Medikalisierung von FGC ist die Verdrängung von traditionellen Heilmethoden und die zunehmende Dominanz von westlicher Medizin. Diese „Professionalisierung“ geht, wie in der Arbeitssoziologie aufgezeigt wurde, meistens einher mit einem Wandel von „Frauenberufen“ zu „Männerberufen“ wie es beispielsweise auch in Europa geschah, als (weibliche) Hebammen durch (männliche) Gynäkologen ersetzt wurden. Mit zunehmender Medikalisierung der „Beschneidung“ gelangt dieser Bereich mehr und mehr in die Hände von Ärzten. Für die Beschneiderinnen geht damit tendenziell ein (wenn auch umstrittenes) Berufsfeld verloren. Für die beschnittenen Mädchen und Frauen kann dieser Prozess auch negative Konsequenzen haben: „Western feminists have found that the domination of health care by men has, in some instances, had a detrimental effect on the health care and needs of women.“²⁶ Auch hier wäre es wieder lohnenswert, über die unterschiedlichen Möglichkeiten der Medikalisierung nachzudenken. Oft wird ganz selbstverständlich angenommen, dass Medikalisierung automatisch bedeutet, dass der Eingriff von ÄrztInnen in Krankenhäusern ausgeführt wird. In Djibouti hingegen hat die Union Nationale des Femmes de

²³ Orubuloye; Caldwell; Caldwell 2000, p. 86.

²⁴ Gunning 2000, p. 281.

²⁵ Schnüll 2003, S. 37f.

²⁶ Gunning 2000, p. 282.

Djibouti eine Klinik eröffnet, in der traditionelle Beschneiderinnen die Operation durchführen. In Somalia werden traditionelle Geburtshelferinnen besonders ausgebildet, um unter sicheren Bedingungen weniger drastische Formen von FGC vorzunehmen²⁷. Auch solche Schritte sind möglich.

Ein Argument der GegnerInnen von Medikalisierung sind zu guter Letzt auch ethische Gründe. Der Großteil der in der bereits erwähnten Studie des ABU befragten nigerianischen ÄrztInnen lehnt alle Möglichkeiten der Medikalisierung ab, und zwar wegen fehlender medizinischer Indikation und gesundheitlicher Vorteile der „Beschneidung“ an sich. Sie sprechen von Berufsvergehen²⁸ und würden den Eingriff auf keinen Fall durchführen.

Fazit und Ausblick

Es ist generell kaum möglich, allgemeingültige Aussagen über „FGM“ zu machen. Auch was Medikalisierung angeht, sind genaue Differenzierungen nötig. Ich denke, dass Anti-FGM-Kampagnen nicht immer und überall die gleiche Strategie anwenden müssen. Während sich im Senegal durch ein Bildungsprogramm der NGO Tostan relativ schnell eine größere Anzahl von Dörfern zur Abschaffung der Tradition entschied²⁹, gelang es in Gambia, ein neues Beschneidungsritual ohne Schneiden einzuführen³⁰. Medikalisierung kann ein anderer Weg sein. Beispiele für Gesellschaften, wo trotz hoher Hospitalisierung der Anteil der „beschnittenen“ Mädchen abnimmt, wie in Ägypten³¹, sollten dazu führen, diese Möglichkeit nicht per se abzulehnen. Dabei muss die Bandbreite von möglichen Formen der Medikalisierung bedacht werden. Hier entscheidet sich wie gesagt auch, ob die strukturelle Position von Frauen eher gestärkt oder geschwächt wird bzw. welche Heilmethoden auf- oder abgewertet werden. Auch strukturelle Probleme wie Armut und Infrastruktur betreffen die Medikalisierung und werden oft ausgeblendet.

Eine weiterführende Frage, die ich hier nicht angeschnitten habe, betrifft FGC in nicht-afrikanischen Ländern. Auch in Europa und Nordamerika wird weibliche „Beschneidung“ von Migrantinnen praktiziert. Es ist wenig dazu bekannt, unter welchen Bedingungen die Eingriffe dort durchgeführt werden, da sie als illegal gelten, und welcher Grad an Medikalisierung herrscht.

²⁷ Kwaak 1992, pp. 783f.

²⁸ „malpractice“: Mandara 2000, p. 105.

²⁹ Shell-Duncan; Hernlund 2000, p. 34.

³⁰ Hernlund, Ylva, 2000: Cutting Without Ritual and Ritual Without Cutting: Female “Circumcision” and the Re-ritualization of Initiation in the Gambia. In: Shell-Duncan, Bettina; Hernlund, Ylva (Eds.): Female “Circumcision” in Africa. Culture, Controversy, and Change. Boulder and London: Lynne Rienner Publishers, p. 235.

³¹ El-Gibaly; Ibrahim; Mensch; Clark 2002, p. 215.